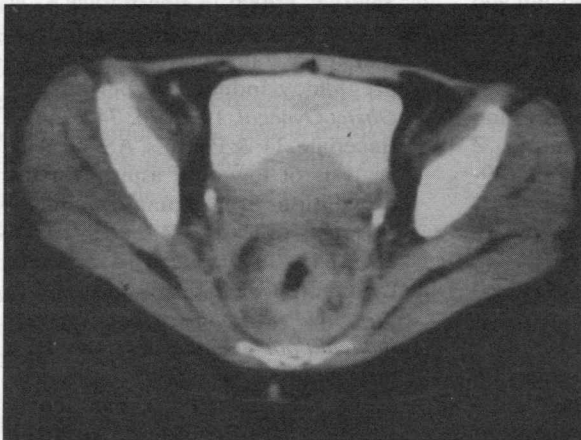


Sección: *El caso radiológico***El caso radiológico**

Carlos Chamorro-Mera, M.D.*

**HAGA SU DIAGNÓSTICO**

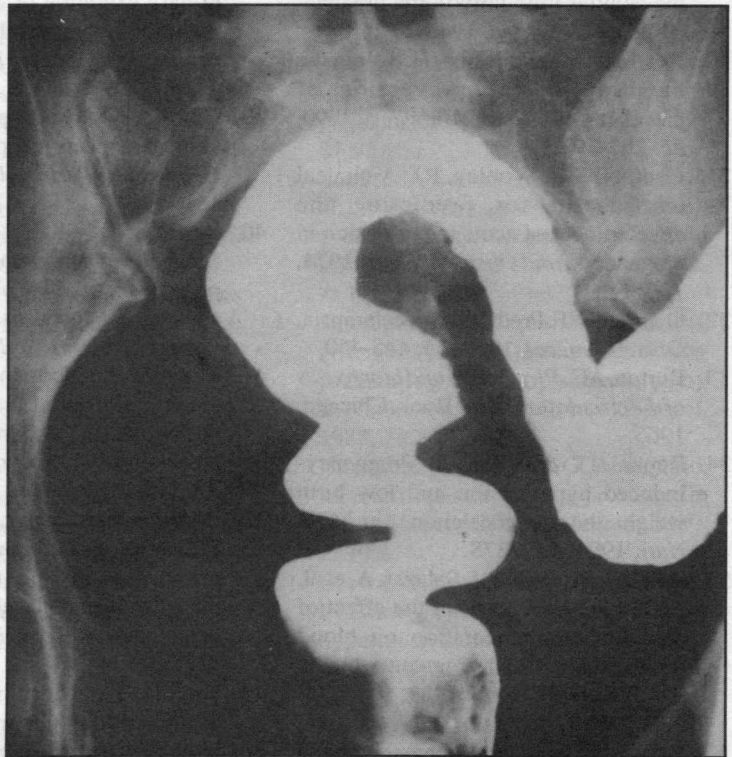
Mujer de 30 años con historia clínica N° 1'216,562. Acude a la consulta externa por dolor pélvico y deposiciones acintadas. Al examen clínico lo único anormal era una estrechez en el recto con sensación de masa. Los exámenes de laboratorio (hemograma, coprograma y urograma) eran normales. En la rectosigmoidoscopia se halló una masa estenosante que comprometía el recto hasta la unión rectosigmoide. Como el rectosigmoidoscopio no se pudo avanzar más allá de este sitio, se le ordenó una tomografía computadorizada (TC). En radiología se recibe con diagnóstico endoscópico de carcinoma del recto.

POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

1. Carcinoma rectal.
2. Amibiasis.
3. Enfermedad de Crohn.

DESCRIPCIÓN RADIOLÓGICA

En la TC se halla una extensa masa que compromete el recto cuya luz se observa disminuida, las paredes del recto están uniformemente engrosadas y entre el recto y el útero no hay un plano de clivaje bien definido. La vejiga es normal, lo mismo que las estructuras óseas. En el hígado no se visualiza-



ron lesiones hipodensas que sugieran la presencia de metástasis. El diagnóstico por esta modalidad de imagen fue también carcinoma del recto.

Luego, en un colon por enema, el recto y el sigmoide se encuentran disminuidos de calibre; hay una lesión muy extensa, de bordes irregulares que indican la presencia de ulceraciones. Se nota el cambio brusco de calibre entre el sigmoide y su porción más proximal. No se observan lesiones intraluminales de tipo vegetativo o defectos de llenamiento.

(Es de advertir que en la secuencia lógica de los exámenes, se debe comenzar por el más barato y menos invasivo. Por tanto, primero hay que ordenar un colon por enema y no como se hizo en esta paciente.)

DISCUSIÓN

1. *El carcinoma del recto* usualmente se presenta en grupos de mayor edad. Uno de sus síntomas predominantes, es la presencia de sangre en la materia fecal. Esto a veces desorienta al médico, pues le hace pensar que se trata de hemorroides y le lleva a orientar el tratamiento en este sentido. Las heces acintadas es otra de las quejas de esta enfermedad, pero es un síntoma que no es confiable, pues otras

* Profesor Titular, Departamento de Radiología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

enfermedades lo presentan e inclusive se puede encontrar en sujetos ansiosos, orgánicamente sanos. El tacto rectal es mandatorio en todo enfermo mayor de 50 años, ya sea hombre o mujer, para descartar esta condición. Un profesor que quizás exageraba la importancia de este examen, decía que a sus pacientes en lugar de darles la mano, les hacía tacto rectal.

En presencia de masas en el recto es imperativo tomar una biopsia. Radiológicamente el carcinoma rectal se caracteriza por ser una lesión estenosante, con masa intraluminal, de corta extensión y no es de las características como lo muestra la radiografía de la paciente en discusión. La masa intraluminal es de tipo vegetativo (en forma de coliflor) o puede ser una lesión de aspecto de pólipos con una base de implantación muy amplia^{1,2}.

2. **Amibiasis.** Es muy frecuente en el medio nacional y se presenta con varios cuadros clínicos que van desde los sujetos asintomáticos, portadores sanos, hasta las formas severas, fulminantes y mortales. La manifestación que causa estenosis y hace disminuir la luz, y que a veces se confunde con carcinoma del colon, consiste en los llamados amebomas que son granulomas, con reacción inflamatoria y fibrosis que se proyectan hacia la luz del colon y pueden originar la denominada estenosis «en corazón de manzana», que se caracteriza por una severa disminución del calibre del colon, masas de bordes irregulares y estenosis abruptas. Estos amebomas pueden ser múltiples y se ha escrito³ que «en Colombia las estenosis múltiples del colon son amebomas hasta no demostrar lo contrario.»

El diagnóstico de la amibiasis se hace mediante la demostración de trofozoitos de **Entamoeba histolytica** en heces frescas, que el médico debe examinar no una sino varias veces, y también mediante pruebas de determinación de antígenos en la sangre.

La amibiasis afecta por lo general todo el colon pero prefiere el ciego, el colon ascendente, y el rectosigmoide donde se deben buscar ulceraciones finas y en botón de cuello de camisa. Entre otras manifestaciones, aparte de las anotadas, está el megacolon tóxico; el médico en estos casos

además de la dilatación debe observar las haustraciones que se ven engrosadas en forma muy notable, puede igualmente causar perforaciones con reacciones peritoneales muy severas. En casos crónicos de amibiasis se pueden presentar acortamientos del colon³, muy similares a los que ocurren en la colitis ulcerativa idiopática de largos años de evolución. Igualmente se puede presentar en la amibiasis el ciego corto deforme (cónico), el ileon terminal flácido, ulcerado, etc.

3. **Enfermedad de Crohn.** Es raro que aparezca en el colon distal pero no es excepcional. Es más frecuente en el colon del lado derecho donde se afecta también el íleon terminal y de ahí el nombre que se emplea antes de ileítis regional, que es inapropiado, pues la enfermedad de Crohn puede comprometer todo el tracto gastrointestinal.

Una de sus manifestaciones más comunes es la disminución del calibre, tanto en el colon como en el intestino delgado. Esto hace que el denominado «signo de la cuerda» o «signo del cable» corresponda a una estenosis severa que permite el paso filiforme del bario debido al engrosamiento de las paredes del intestino que patológicamente lo asemejan a un cartón. En la paciente no había otras lesiones en el colon ni en el intestino delgado, lo que es raro. En el colon se presentan formas que se denominan salteadas, o sea que hay segmentos del colon sanos y otros enfermos.

Las ulceraciones finas son aspectos de la enfermedad de Crohn, presentes en el caso que se discute. Hay otros signos radiológicos como las fistulizaciones que si aparecen en el recto, se pueden abrir hacia el periné y la región perianal. Cuando las fistulizaciones son del colon o del intestino delgado, hay abscesos viscerales que se confunden clínicamente con apendicitis, diverticulitis, etc.

El colon por enema es mejor método diagnóstico para los cambios de la mucosa que ocurren en la enfermedad de Crohn⁴. La mucosa se vuelve edematosa, de aspecto granular, con ulceraciones aftosas e hipertrofia de los folículos linfoides debido a infiltración de tipo inflamatorio, proliferación de linfocitos y linfangiectasia.

El engrosamiento de la pared intestinal puede ser hasta 10 veces mayor que su espesor normal, y llegar hasta 3 cm de espesor^{4,5}. En el signo del doble halo, descrito inicialmente para la enfermedad de Crohn, hay un halo interno de densidad baja, debido al edema de la mucosa, depósito de grasa en la capa submucosa, y un segundo halo de mayor densidad que el primero, debido a la fibrosis de la muscularis propia y de la serosa⁶. El signo del halo no es exclusivo de la enfermedad de Crohn. Se puede presentar en otras entidades como colitis ulcerativa idiopática, colitis isquémica, colitis pseudomembranosa y colitis postirradiación. Este signo se visualiza bien en la TC.

La presencia de masas por fuera de las asas intestinales se debe a abscesos, adenopatías, e infiltración fibrograsa, cambios todos visibles en la TC. Una de las causas más frecuentes de estas masas — que en el tránsito intestinal producen la separación de asas y la denominada «asa orgullosa» porque se aparta de las demás — es la infiltración fibrograsa.

DIAGNÓSTICO FINAL

Enfermedad de Crohn del rectosigmoide, diagnosticada mediante varias biopsias.

REFERENCIAS

1. Thoeni, RF. CT evaluation of carcinomas of the colon and rectum. *Radiol Clin North Am*, 1989, 27: 731-741.
2. Solomon, A, Michowitz, M, Papo, J & Yust, I. Computed tomographic air enema technique to demonstrate colonic neoplasms. *Gastrointest Radiol*, 1986, 11: 194-203.
3. Chamorro-Mera, C & Navia, D. Colitis amebiana y amebomas. *Rev Interam Radiol*, 1982, 7: 55-62.
4. Gore, RM. CT of inflammatory bowel disease. *Radiol Clin North Am*, 1989, 27: 717-729.
5. Goldberg, HI, Gore, RM & Margulis, AR. Computed tomography in the evaluation of Crohn disease. *AJR*, 1983, 140: 277-282.
6. Bartrum, CI & Herlinger, H. Bowel wall thickness as a differentiation feature between ulcerative colitis and Crohn disease of the colon. *Clin Radiol*, 1979, 30: 15-19.

Sección: Anotaciones a la práctica médica cotidiana

Enfoque del paciente reumático

Pérez Starusta, M.D., FACP*

«Was man weiss man sieht».

«Lo que uno sabe, uno lo ve»

Goethe

«You see only what you look for, you
recognize only what you know».«Usted ve sólo lo que busca, reconoce
sólo lo que sabe»

Sossman

Estas guías para diagnósticos de las artritis, deben servir sólo como lo que son; no son infalibles y no reemplazan el estudio teórico y el conocimiento directo de los pacientes que se le presentan al médico en sus años de estudio o en la práctica activa de la profesión.

A continuación los diagnósticos de acuerdo con el compromiso articular y con la evolución del cuadro clínico, con indicaciones simplificadas de los exámenes de laboratorio.

Monoartritis aguda

Entidad	Clínica	Laboratorio
Gota	Ataque agudo muy doloroso	Cristales de urato en líquido sinovial (LS)
Pseudogota	Semejante	Cristales de pirofosfato de calcio (PFC)
Artritis séptica	Fiebre, síntomas generales	Cultivos
A. gonocócica	Vesiculopústulas, ampollas hemorrágicas	Cultivos
Síndrome de Reiter	Tríada: conjuntivitis, uretritis, artritis, keratoderma blenorrágica (KDB)	
Hemofilia	Historia clínica	Coagulopatía, LS hemorrágico
A. traumática	Antecedente	LS hemorrágico, artrografía, imagen de resonancia magnética (IRM)
A. células falciformes	Historia, características físicas	Células falciformes, electroforesis hemoglobina
A. psoriásica	Psoriasis cutánea, ungueal	
A. enteropática	Diarreas	Cambios endoscópicos y radiográficos
Reumatismo palindrómico		
Hidartrosis intermitente		

Laboratorio: Líquido sinovial, hemograma eritrosedimentación (ES) globular, uricemia, factores de coagulación, rayos X.

Monoartritis crónica

Entidad	Clínica	Laboratorio	Rayos X
Artropatía neuropática	Deformidad, no dolor	Serología	Desorganización articular
Necrosis avascular	Dolor en articulación que soporta peso; acentuación nocturna		Patrón moteado trabecular
Osteoartritis	Localización nódulos de Heberden		Osteofitos, esclerosis estrechamiento articular
A. traumática	Postfractura, desgarre meniscal	LS hemorrágico	Diagnóstico de fractura, IRM
Hemofilia	Hemorragias	LS hemorrágico coagulopatía	Destrucción articular

* Docente Adjunto, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Monoartritis crónica (continuación)

Entidad	Clínica	Laboratorio	Rayos X
Tuberculosis	Tumefacción fría	Frotis, cultivo	Destrucción osteoarticular
Síndrome de Reiter	Tríada, KDB	HLA B27	
Psoriasis	Cambios en piel y uñas		
Tendinitis	Examen clínico		Calcificación tendinosa

Laboratorio: Rayos X, hemograma ES, líquido sinovial, factores de coagulación

Poliartritis aguda

Entidad	Clínica	Laboratorio
Fiebre reumática	Poliartritis migratoria sucesiva	Antiestreptolisina O elevada
Artritis gonocócica	Poliartralgia monoartritis vesiculopústulas	Cultivo
ARJ	Artritis simétrica, fiebre, adenopatías brote cutáneo	
Síndrome de Reiter	Tríada, KDB	
A. células falciformes	Historia	Hb anormal, drepanocitemia
Púrpura SH	Púrpura, cólicos abdominales enfermedad renal	
A. por rubéola	Exposición, brote típico	
SIDA	Infecciones múltiples, sarcoma de Kaposi	VIH positivo
<i>Mayores de 40 años</i>		
A. reumatoidea	Cuadro típico	ES globular RA látex
A. psoriásica	Cambios cutáneos y ungueales	
A. enteropática	Diarrea, compromiso axial	Rayos X, endoscopia
Lupus eritematoso sistémico	Cuadro típico, criterios Dx	AAN
Esclerosis sistémica	Artralgias, artritis, cambios cutáneos	
Enfermedad del suero	Historia de medicación, edema, erupción cutánea	
Policondritis recidivante	Inflamación orejas, nariz, cartilago articular	Biopsia
A. de la hepatitis	Brote cutáneo	Hipocomplementemia, biopsia hepática
Gota poliarticular	Historia clínica	Cristales de urato en articulación y en tofos
Pseudogota	Historia clínica	Cristales de PFC
Endoc. bacteriana subaguda	Artralgias o artritis, fiebre prolongada	Hemocultivos
A. reactiva	Secundaria a enfermedades infecciosas <i>Yersinia, Campylobacter, Chlamidia</i>	Cultivos
Polimialgia reumática	Fatiga, dolor en hombro, cuello	ES

Laboratorio: hemograma ES, ASTO, FR, AAN, C3 C4, uricemia, cultivos biopsia, rayos X

Poliartritis crónica

Entidad	Clínica	Laboratorio	Rayos X
Gota tofácea	Examen físico	Cristales uratos	Sacabocados
Pseudogota	Historia	Cristales PFC	Cambios típicos
Osteoartritis	Inflamación N. Heberden, deformidades		Cambios típicos
A. neuropática	No dolor		Desorganización articular
Psoriasis	Cambios cutáneos y ungueales		Cambios destructivos, IFD

Poliartritis crónica

Entidad	Clínica	Laboratorio	Rayos X
Espondilitis anquilosante	Movilidad limitada de columna cervical y lumbar	HLA B27	Sacroilítis, sindesmofito
A. enteropática	Diarrea	Endoscopia	Rayos X colon
A. reumatoidea	Cuadro típico	ES FR, biopsia nódulo	Cambios típicos
ARJ	Micrognatia, muñecas	FR	Cambios en columna cervical y a. sacroilíacas
Síndrome de Reiter	Tríada, KDB	HLA B27	
LES	Artralgias, artritis, no deformidades	AAN ADNA Sm C3 C4	

Artritis intermitentes

Gota, pseudogota, reumatismo palindrómico, hidrartrosis intermitente, artritis reumatoidea, enfermedad de Whipple.

Entidades con manifestaciones articulares pero no incluidas en los diagramas

Tumores, osteomielitis, osteocondromatosis, osteocondritis disecante, distrofia refleja simpática, síndromes de hiper-

movilidad, hemangioma, sinovitis vello-nodular pigmentada, fiebre mediterránea familiar, sarcoidosis, polimiositis, artritis leucémica, osteoartropatía hipertrófica, enfermedad de Behcet, enfermedad de Lyme.

Sección: Contribuciones especiales

Palabras del doctor Jaime Villaquirán al recibir el Premio Ramiro Guerrero Torres, en diciembre 3, 1993

Presuntuoso de mi parte, el osarme a balbucir una definición del médico y su misión en la sociedad, ante este escogido auditorio. Numerosas y sabias disertaciones se han hecho en el transcurso de los siglos y se han efectuado conferencias, seminarios y diseñado currículos para tratar de determinar la clase de médico que en el correr de los tiempos, se ha creído necesario.

Sin embargo, hoy, al celebrar una vez más *El Día Panamericano del Médico*, quiero recordar al ilustre Rector doctor Carlos Arturo Cabal, cuando el día de dar comienzo a los estudios médicos en nuestra Universidad, certeramente decía: «... la tarea del médico rebasa en su finalidad esencial los problemas de la materia sombría y se adentra en el territorio de lo trascendente y en el misterioso reino del destino defini-

tivo del hombre. La finalidad de la medicina no se queda ni en el cuerpo ni en la salud, ni en el dolor ni en la vida, ni en la ley científica ni en el proceso biológico perecedero; sino que trabaja en ayuda del hombre para que prepare con plenitud la jubilosa resurrección que le está prometida.» «...Se atiende al cuerpo, porque dentro de él, en lo profundo de lo substancial, mora el espíritu y palpita el alma, para formar con él la unidad de la persona humana que se proyecta hacia lo infinito.»

Hacia el hombre, como persona humana, debe ir dirigida toda la energía, todo el entusiasmo, toda la acción del profesional que un día juró dedicarse a buscar por todos los medios lícitos y a su alcance, el bienestar de su semejante. Una vez más y quizás con mayor ardentía y empeño, se pretende en estos azarosos tiempos, en que los valores

morales se encuentran tan maltratados y alterados, quitarle su fuerza humana, su valor intrínseco que lleva consigo amor al prójimo, y entregarse día tras día y momento a momento a vivir al lado de la criatura humana que está atravesando por situación desesperada. Y dentro de este pandemionium se generaliza la idea de que el médico está también prostituido, pues toma en forma morbosa las partes por el todo y las excepciones por la regla.

Afortunadamente cuando se ha trasegado a diario con el dolor humano, mayor el del alma que el del cuerpo, se llega a la certeza que en lo más íntimo de la «singular dignidad de la persona humana, la cual es la única criatura en la tierra a la que Dios ha amado por sí misma» como lo expresa la encíclica *Veritatis Explendor*, se encuentra el fundamento y compendio del manda-